

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO COLECTIVO

	Empleado		Dependientes		<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo
Cobertura para Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Adición de dependiente
Cobertura para Gastos Dentales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Incremento de Suma Asegurada
Seguro de Vida Opcional*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Seguro de MyDa Opcional*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	*En caso de estar disponible el beneficio		

I- INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Póliza		Certificado	
Nombre Completo			
Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Residencia <input type="checkbox"/>	Número de Documento
Dirección Residencial			
Barrio o Colonia	Ciudad	País	Fecha de nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>
Email		Teléfono	
Lugar de nacimiento <i>Ciudad/País</i>	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Peso <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	Estatura <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre del Contratante		Ocupación	
Ocupación	Fecha de Empleo <i>Día/Mes/Año</i>	Salario Nominal Mensual	

Por concepto de reembolso de gastos médicos por este medio autorizo a efectuar las transferencias a mi cuenta en Lempiras Ahorro Cheques con número que tengo suscrita con Banco , la cual confirmo que está suscrita a mi nombre y no es una cuenta mancomunada.

II- INFORMACIÓN DE SUS DEPENDIENTES QUE DESEAN COBERTURA

Nombre completo	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura	Estado civil*	Ocupación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

III- BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Favor verificar que el nombre de los beneficiarios sea el mismo que el que se indica en la Cédula de identidad o partida de nacimiento

Beneficiario(s)	Número de Identidad	Parentesco	Porcentaje %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV- INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha estado asegurado con Pan-American Life o tiene alguna póliza de seguros de salud colectiva o individual? Sí o No

Nombre (Asegurado / Dependiente)	Póliza		Compañía de seguros	No. de Póliza
	COL.	INDIV.		

V- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí o No
(en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

VI- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, aneurisma, de las venas, trombosis, problemas de presión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Trastornos de la glucosa, síndrome metabólico, signos o síntomas de la tiroides, hipofisis y otros signos o síntomas hormonales o endocrinos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cáncer o tumores, leucemia, linfoma o trastornos de la sangre o la coagulación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Síntomas o signos del sistema neurológico (incluyendo mareos, convulsiones o parálisis) o del sistema respiratorio (incluyendo asma, tos crónica o dificultad respiratoria)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Síntomas o signos del sistema digestivo (incluyendo intestino, hígado, vesícula y páncreas) o del sistema genitourinario (incluyendo riñones, tracto urinario, cálculos o infecciones urinarias)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Síntomas o signos del sistema osteomuscular (incluyendo columna vertebral, músculos, articulaciones y huesos), artritis, gota o cualquier otra lesión o accidente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo síntomas o signos de las mamas (incluyendo calcificaciones, nódulos, quistes), síntomas o signos de los ovarios, trompas, útero, de los testículos o de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Desórdenes congénitos, hereditarios, autoinmune, inmunológicos, complicaciones de maternidad (como por ejemplo preclampsia, partos prematuros, diabetes gestacional) o del recién nacido, múltiples abortos o se encuentra actualmente embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Algún solicitante está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Algún solicitante alguna vez: ha padecido de cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, ha tenido resultados anormales en estudios o exámenes rutinarios, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor indique cantidad por día y años de consumo. Consumo por día Años de consumo

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "SI", por favor proporcione los detalles:

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	

VII- CONDICIONES DE LA COBERTURA

Hacemos constar que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas, y convenimos en que las mismas, juntamente con los formularios complementarios que hayamos llenado, forman parte de nuestra solicitud de seguro colectivo incluyendo lo relacionado con los miembros de la familia para quienes se solicita la calidad de asegurados dependientes; además convenimos en que el seguro que se emita no entrará en vigor a menos que la fecha de éste, mi (nuestra) salud sea la misma que se describe en este documento y que en ningún momento el seguro entrará en vigor en otra forma que no sea la expuesta en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Colectivo.

Por este medio autorizamos a cualquier médico para que dé los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi (nuestro) estado de salud y al mismo tiempo autorizamos a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a Pan-American Life Insurance, e igualmente autorizamos a Pan-American Life Insurance para que solicite cualquier información, expediente médico o resultados de exámenes médicos a cualquier médico, enfermera, hospital o proveedor de servicios médicos. Se autoriza asimismo a Pan-American Life para que pueda compartir cualquier información médica, diagnóstico o resultados de pruebas médicas con el intermediario de seguros que me o nos represente.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi grupo/tenedor e intermediario de seguros durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi Póliza.

Fecha (DD/MM/AA)

Firma del Empleado

Firma del Cónyuge

VIII- INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas debe contestarlas el PATRONO O CONTRATANTE

Nombre del Empleado Fecha en que fue empleado Mes/Día/Año

¿ Ha estado el Empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses? Sí o No

Periodo del al Motivo

¿ Recomienda usted que esta solicitud sea aprobada? Sí o No

Nombre de la Compañía

Ubicación de la sucursal o Planta

Fecha (DD/MM/AA)

Firma, Título y Sello

IX- USO EXCLUSIVO PALIC

Clase	Fecha de vigencia		Seguro Básico			Seguro Opcional	
	Día/Mes/Año	Vida	MyDa	Renta / P. Incapacidad	Vida	MyDa	
	<input style="width: 100px;" type="text"/>						
	<input style="width: 100px;" type="text"/>						

Por la presente solicito a **PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, Sucursal Honduras**, la inclusión por la cantidad y condiciones por las cuales seré elegido bajo el contrato del Seguro Colectivo. Autorizo al solicitante a que haga la deducción de la prima requerida de mi salario o cargue a mi cuenta dicho monto si fuere el caso. Me reservo el derecho de retirarme del seguro en cualquier tiempo. Por este medio autorizo expresamente a **PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, Sucursal Honduras**, para solicitar información médica que considere necesaria incluyendo expedientes e historial médico sobre mi persona y/o mis dependientes

Solicitud Denegada

Solicitud Aprobada

Fecha Denegada

Fecha Aprobada

Firma Denegada

Firma Aprobada

OBSERVACIONES